|  |
| --- |
| Data: ……………………Miejscowość: ………………………….….**Deklaracja rodzica / opiekuna prawnego**Ja, …………………………………………………………..……………………………………... , (*imię i nazwisko*)posiadający/a pełnię praw rodzicielskich / będąc opiekunem prawnym / sprawując pieczę zastępczą\*, wyrażam chęć zaszczepienia dziecka:……………………………………………….…………………………………………………….... ,(*imię i nazwisko dziecka*)ucznia / ~~wychowanka~~\* klasy …..…... SP/LO\* Zespołu Szkół Ogólnokształcących nr 4 w Poznaniu podczas akcji szczepień uczniów od 12 do 18 roku życia zorganizowanej we wrześniu 2021 r. na terenie szkoły/~~placówki~~\* albo w wyznaczonym punkcie szczepień.Dodatkowo, zgłaszam …….. członka/ów rodziny ………………………………….……………  *(liczba)* *(stopień pokrewieństwa)*chętnego/ych do zaszczepienia podczas ww. akcji.Podpis rodzica dziecka:……………………………..\* niepotrzebne skreślić |